



# Prozessorientiertes Qualitätsmanagement in Pflege und Überleitung

# Eigene Vorstellung



**Klaus Kugel**

**Qualitätsmanager DGQ/EOQ®**

**Lead Auditor Qualität DGQ/EOQ®**

**ISO und BAR/DEGEMED Verfahren**

Abteilungsleiter Medizinische Direktion  
Qualitätsmanagement



**SCHWARZWALD-BAAR**  
KLINIKUM

AKADEMISCHES  
LEHRKRANKENHAUS DER  
UNIVERSITÄT FREIBURG

# Das Schwarzwald-Baar Klinikum

- > Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
- > Krankenhaus der Zentralversorgung
- > Versorgungsauftrag: stationäre Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar und Zentralversorgungs Krankenhaus für die Landkreise Tuttlingen und Rottweil
- > Einzugsgebiet: ca. 500.000 Einwohner

## Umfassende Leistungen

- > 25 Hauptabteilungen, 2 Belegabteilungen
- > Leistungsspektrum vergleichbar der „Maximalversorgung“
- > Zentrale Notaufnahme mit eigener Aufnahmestation (3.000 m<sup>2</sup>) am Standort Villingen-Schwenningen
- > 24h-Notfallversorgung in Donaueschingen
- > über 3.100 Mitarbeiter
- > Stationäre Versorgung: über 50.000 Patienten im Jahr
- > Ambulante Versorgung: rund 140.000 Patienten im Jahr
- > Das Schwarzwald-Baar Klinikum zählt zu den zehn größten nicht-universitären Kliniken in BW

# Eigene Vorstellung



**Gundi Gläß**

Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege

Sozialarbeiterin (BA)

Entlassmanagement Akutklinik und Sozialdienst Rehaklinik

Pflegestützpunkt

# Pflegestützpunkt



Bundesweit gibt es ca. 450 PSP

Jedes Bundesland hat eigene Strukturen und die Aufgaben sind sehr unterschiedlich.

Baden-Württemberg: Pflegestützpunkte in allen Stadt- und Landkreisen und bieten eine wohnortnahe Beratung an.

Träger:



Der Pflegestützpunkt ist Kooperationspartner von Kostenträgern, Leistungsanbietern, Selbsthilfegruppen und bürgerschaftlich engagierten Personen und Organisationen

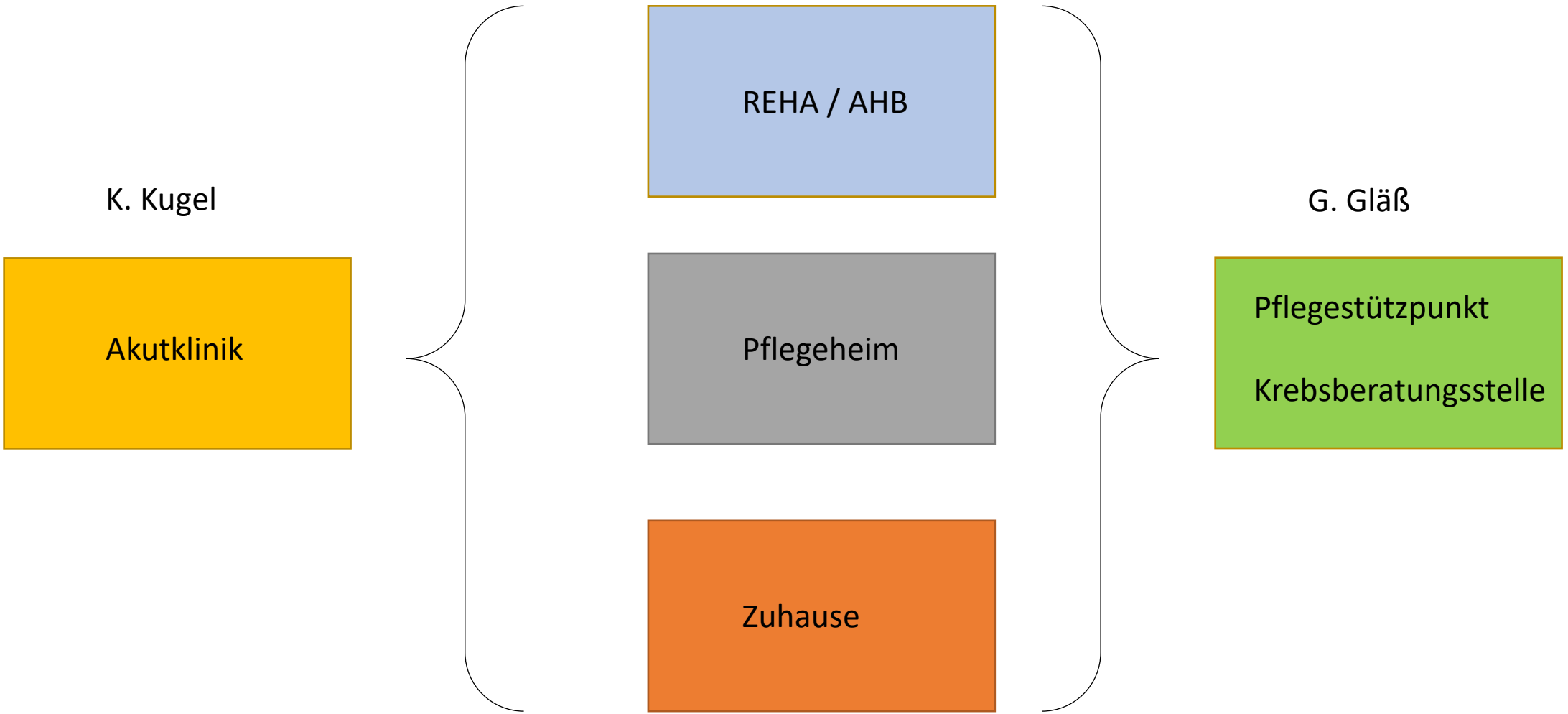


# Aufgaben des Pflegestützpunktes



- ❖ Informations- und Anlaufstelle
- ❖ umfassende Beratung
- ❖ individuelle Fallsteuerung inklusive Hausbesuche
- ❖ Pflegeberatung gemäß Paragraf 7a SGB XI
- ❖ Koordinierung und Vernetzung der regional vorhandenen Angebote





# Kurzvorstellung Teilnehmer/-innne:

Wie ist ihr Name...

Wo sind sie angestellt...

In welcher Funktion....

Wo sehen Sie Problemfelder

In den Prozessen/Schnittstellen

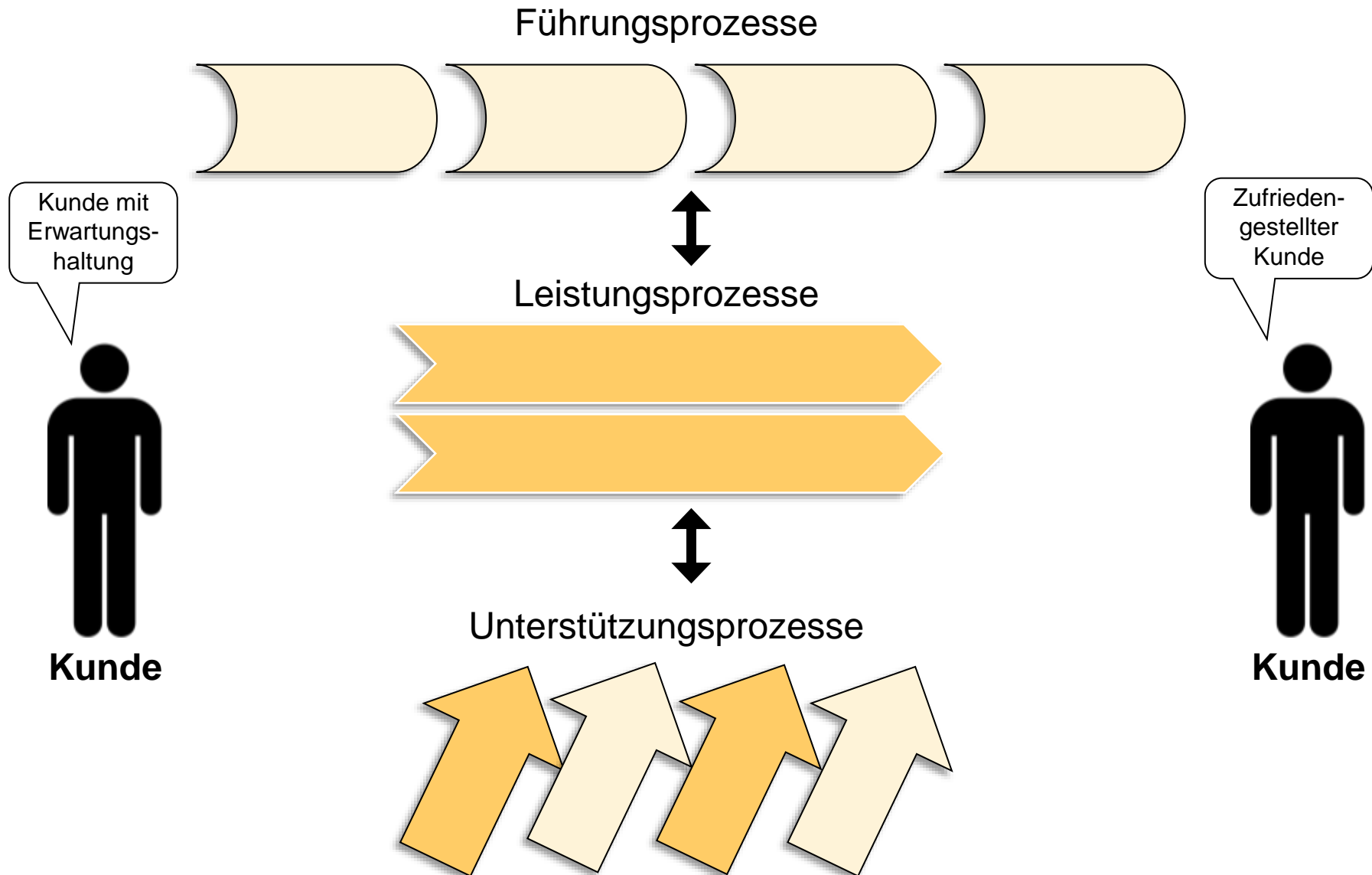


**-Sich mit dem Begriff „Prozesse“ auseinandersetzen**

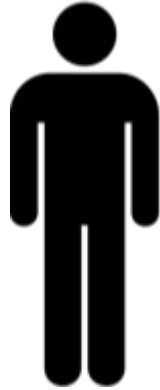
-Impuls zu Prozessen allgemein



# Prozesslandkarte (allgemein)



# Unterstützungsprozesse

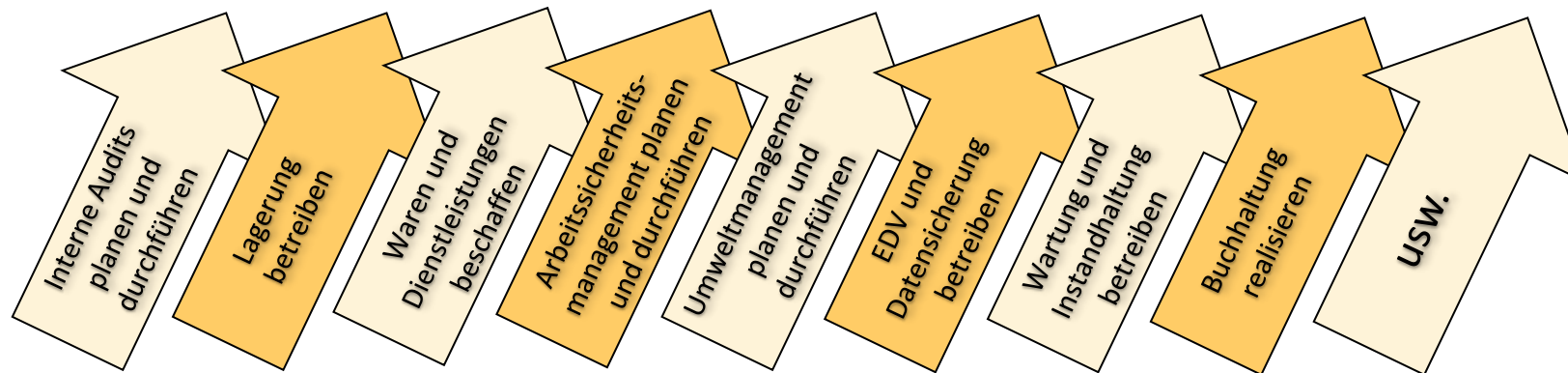


Kunde

Das Funktionieren aller anderen  
Prozesse in der Organisation  
wird durch die  
Unterstützungsprozesse  
ermöglicht.

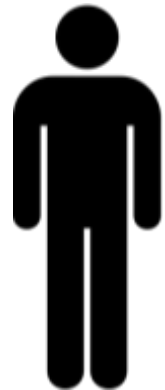
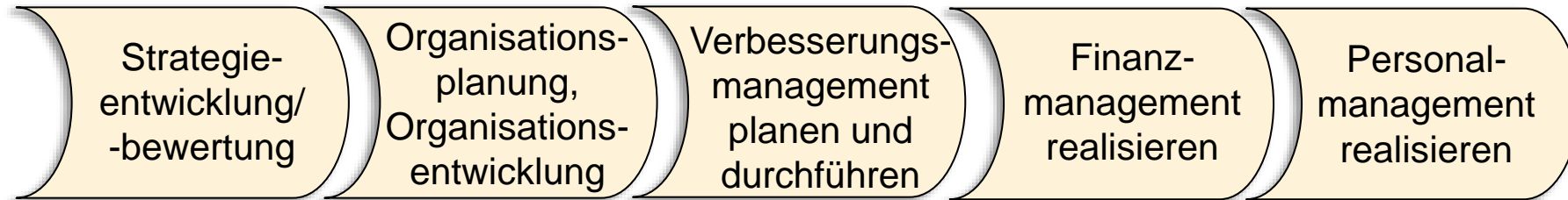


Kunde



Die Unterstützungsprozesse weisen in der Regel keine Schnittstellen zum externen Kunden auf.

# Führungsprozesse



Kunde

**Der langfristige Bestand der Organisation wird durch die Führungsprozesse realisiert.**



Kunde

## Checkliste Prozessidentifikation

### Checkliste Prozessidentifikation

Prozessbezeichnung

Ziele des Prozesses

Mögliche Prozessrisiken

Kunden (intern/extern) des Prozesses

Kriterien, Standards, Spezifikation

Mitwirkende des Prozesses

Wer verantwortet später den Prozess (Eigner)?

Erwartungen der Beteiligten (Kunde, Mitwirkende, Eigner)

Input

Erster Prozessschritt

Schnittstellen/Querverweise

Output

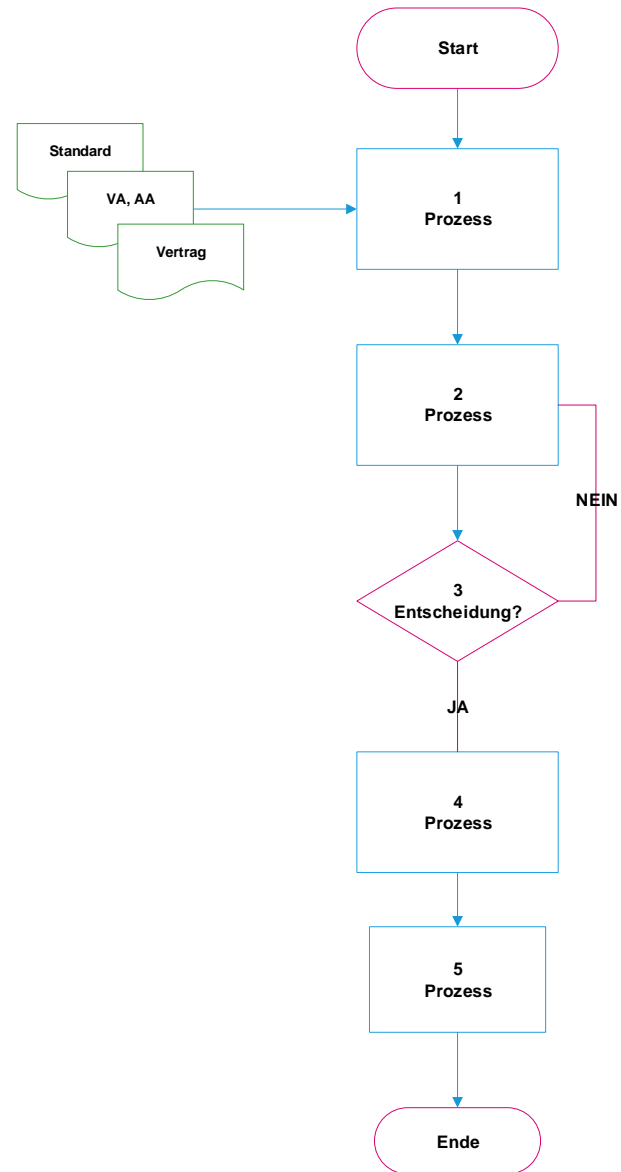
Letzter Schritt im Prozess

Rahmenbedingungen (Informationen, Ressourcen, Kommunikation)

Wie und wann/wie oft kann der Prozess bewertet und gemessen werden?



# Aufbau/Inhalte einer Prozessbeschreibung – Beschreibung, Visualisierung des Prozesses



# Aufbau/Inhalte einer Prozessbeschreibung – Beschreibung, Visualisierung des Prozesses

	Verantwortlich	Bemerkungen
<pre> graph TD     Start([Start]) --&gt; P1[1 Prozess]     Standard[Standard] --&gt; P1     VA_AA[VA, AA] --&gt; P1     Vertrag[Vertrag] --&gt; P1     P1 --&gt; P2[2 Prozess]     P2 --&gt; D3{3 Entscheidung?}     D3 -- NEIN --&gt; P2     D3 -- JA --&gt; P4[4 Prozess]     P4 --&gt; P5[5 Prozess]     P5 --&gt; Ende([Ende])     </pre>	<p>1 Arzt</p> <p>2 Pfleger</p> <p>3 Pfleger</p> <p>4-5 Arzt</p>	<p>2 Information an Angehörige</p> <p>3 Rücksprache mit SD</p> <p>5 Abschluss-gespräch dokumentieren</p>

# Kliniken: Vom Sozialdienst zum Casemanagement

## Wie Sie uns erreichen können

Gerne können Sie sich bei Bedarf und weiteren Fragen mit uns in Verbindung setzen. Unser Sekretariat leitet Sie an den für Sie zuständigen Mitarbeiter weiter.

### Sekretariat:

Montag – Freitag: 8.00 – 16.00 Uhr

Telefon: 07721 93-8441

E-Mail: [casemanagement@sbk-vs.de](mailto:casemanagement@sbk-vs.de)

Schwarzwald-Baar Klinikum  
Case Management

Klinikstraße 11  
78052 Villingen-Schwenningen

Telefon: +49 (0) 7721 93-0  
Direkt: +49 (0) 7721 93-8441  
Fax: +49 (0) 7721 93-98369  
E-Mail: [casemanagement@sbk-vs.de](mailto:casemanagement@sbk-vs.de)

xxxx-Caseml\_INF001\_02/2020 @Abteilung U



SCHWARZWALD-BAAR  
KLINIKUM



INFORMATION

## CASE MANAGEMENT

Entlassung - Wie ist meine  
Weiterversorgung gesichert?

Wie geht es nach dem  
Aufenthalt weiter?

Welche Ansprüche habe ich?

AKADEMISCHES  
LEHRKRANKENHAUS DER  
UNIVERSITÄT FREIBURG

# Kliniken: Vom Sozialdienst zum Casemanagement

## Sehr geehrte Patienten/-innen und Angehörige,

ein Klinikaufenthalt wirft häufig viele Fragen und Unsicherheiten zur Weiterversorgung auf.

Das Team Case Management des Schwarzwald-Baar Klinikums bietet Ihnen hierzu einen zentralen Ansprechpartner, der Sie bei allen Fragen rund um die Entlassung und die anschließende Weiterversorgung unterstützt. Unserem gesetzlichen Auftrag zum Entlassmanagement gemäß §39 Abs. 1a SGB V möchten wir in Ihrem Sinne gerecht werden. Falls ein Versorgungsbedarf vorliegt, unterstützt der zuständige Mitarbeiter des Case Managements Sie und Ihre Angehörigen bei der Organisation der Entlassung und gegebenenfalls Weiterversorgung.

Ihr Team des Case Managements

### Unser Angebot

- Individuelle Bedarfserhebung und Entlassplanung mit Ihnen und Ihren Angehörigen
- Beratung zu sozialrechtlichen, pflegerischen und organisatorischen Fragen rund um die Entlassung und die Weiterversorgung
- Bei Bedarf Einleitung und Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen
- Bei Bedarf Organisation bzgl. stationärer und häuslicher Weiterversorgung z.B. Beantragung Leistungen Pflegeversicherung (Pflegegrad), Kurzzeitpflege, Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Bei Bedarf Organisation von Hilfsmitteln z.B. Rollator, WC-Stuhl, Sauerstoffversorgung, Pflegebett
- Sicherung Ihrer Entlassdokumente sowie ggf. Entlassmedikation
- Bei Bedarf Organisation des Transports

- Beratung, Vermittlung und Hilfe bei sozialrechtlichen Fragestellungen sowie in sozialen Notlagen durch unsere sozialrechtlichen Experten (u.a. Nicht-Versicherung, Schwerbehindertenrecht, Betreuungsrecht, unversorgte Angehörige, Wohnungslosigkeit, finanzielle Sicherung, Sozialhilfe, Suchtprobleme, Krankheitsverarbeitung)
- Vermittlung an Selbsthilfegruppen und andere Dienste

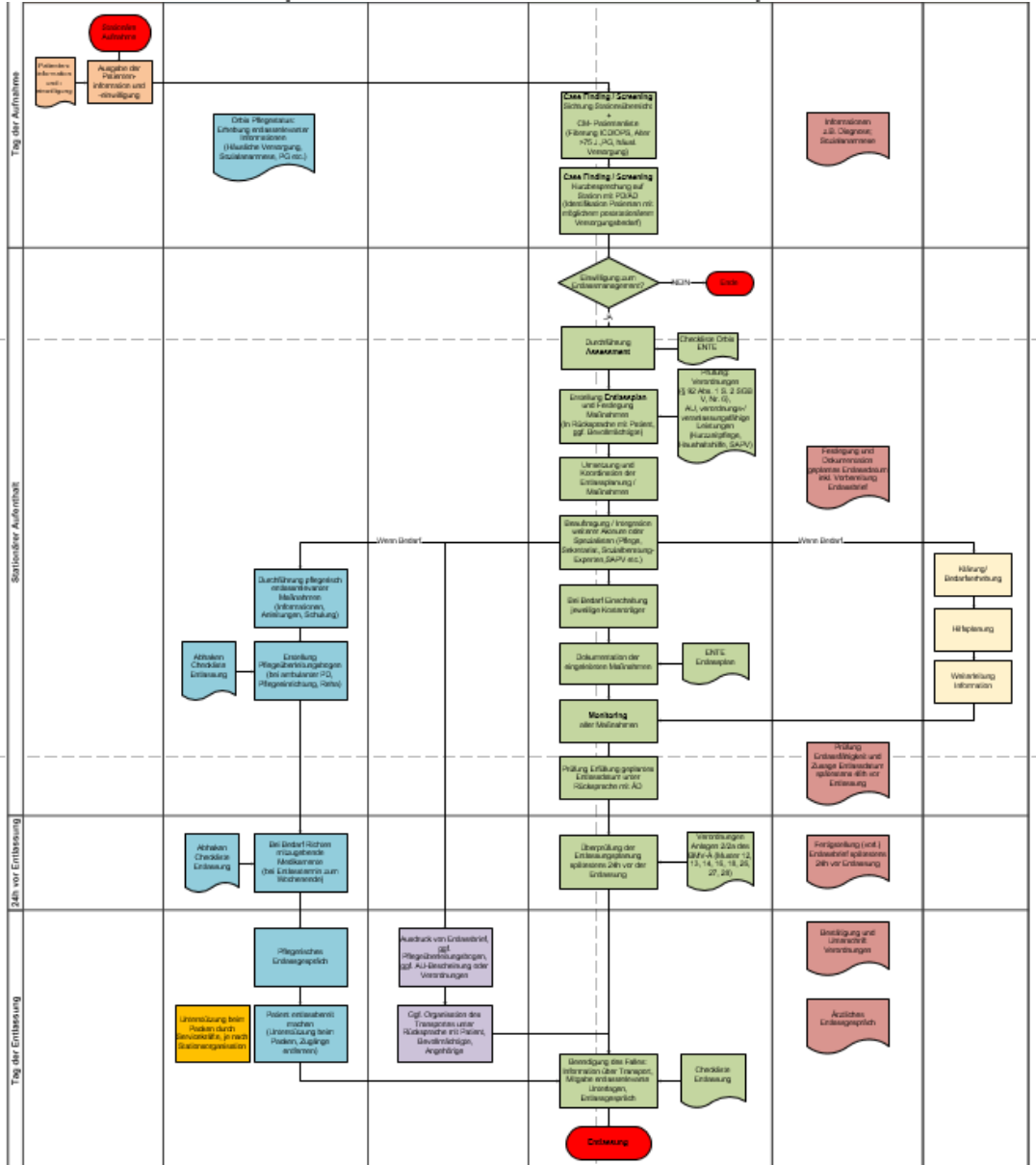
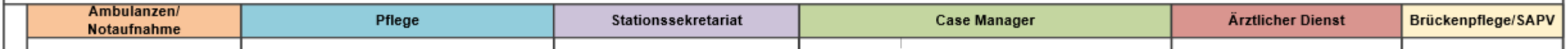
### Unser Team

Im Team Case Management arbeiten Pflegefachkräfte und Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, die sich auf die Koordination und Organisation der Patientenentlassung und die Weiterversorgung nach stationärem Klinikaufenthalt spezialisiert haben. Für komplexe sozialrechtliche Fragestellungen stehen darüber hinaus unsere sozialrechtlichen Experten zur Verfügung, die bei Bedarf hinzugezogen werden.

### Wie erhalte ich Unterstützung?

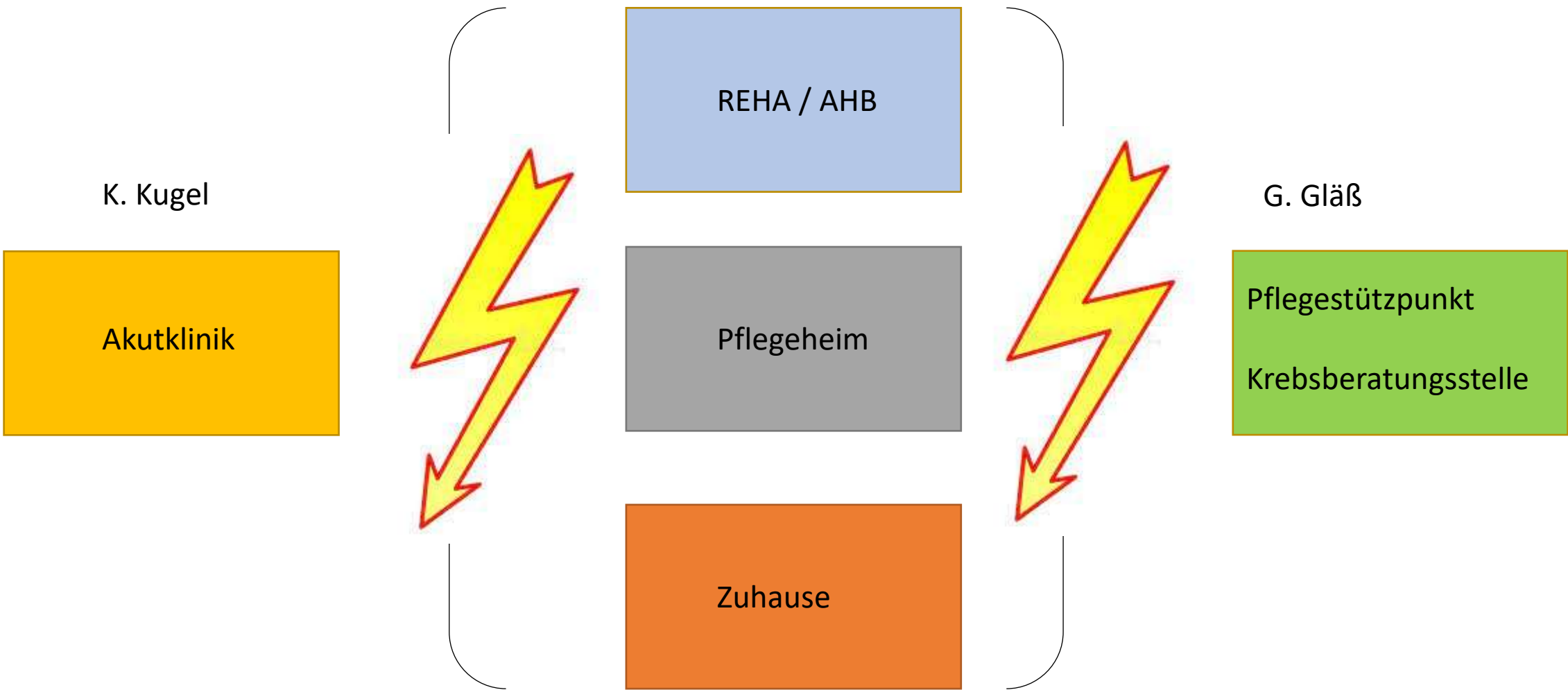
Bereits bei der Aufnahme erhalten Sie umfassende Informationen rund um das Entlassmanagement sowie eine Einwilligungserklärung. Ob ein Mitarbeiter des Case Managements auf Sie zukommt, hängt von Ihrer Einwilligung sowie Ihrem jeweiligen Versorgungsbedarf ab. Bereits bei Ihrer Aufnahme sowie im Verlauf des stationären Aufenthaltes wird im Hintergrund ein möglicher Versorgungsbedarf erhoben.

Vorschlag zum Case Management- Prozess im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Abs. 1a Satz 9 SGB V



Prozess ist getriggert auf maximales Einhalten der DRG-Kriterien und § Vorgaben





K. Kugel

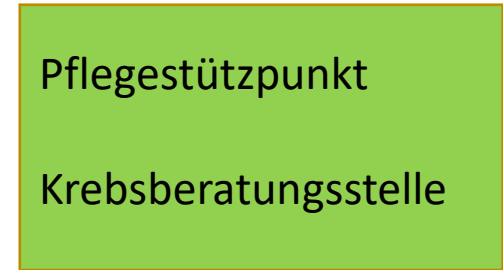


**REHA / AHB**

**Problemfeld:  
AHB  
Reha Geriatrie**



G. Gläß





# Veränderungen der Patientenstruktur in der AHB/ Rehabilitation – Fehlbelegung?

- ❖ Anstieg des Durchschnittsalters
- ❖ Zunahme des Anteils multimorbider Patienten und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf und langen Behandlungskarrieren
- ❖ Aufwandsverlagerung in die Rehabilitation im Gefolge der Vergütungsreform und des Rückgangs der Liegedauern im Krankenhausbereich

# Veränderungen der Patientenstruktur in der AHB/ Rehabilitation – Fehlbelegung?

## ❖ Bei Aufnahme in der Reha:

- verschlechterter Gesundheitszustand bei der Aufnahme
- häufiger eingeschränkte Therapiefähigkeit (z.B. Bewegungstherapie)
- gewachsener Betreuungsaufwand (Wundversorgung)

## Gründe/ Ursachen:

### **Falsche/ mangelnde Information bei der Überleitung**

- ❖ Der Gesundheitszustand des Patienten wird bei der Anmeldung geschönt beschrieben
- ❖ Barthel – Index wird beschönigt oder prospektiv ausgefüllt
- ❖ Anmeldung multimorbider Patienten mit nur einer Diagnose
- ❖ Keime werden nicht mitgeteilt, (Bsp. VRE-, MRSA-positiver Patient)

## Gründe/ Ursachen:

### **Falsche/ mangelnde Information bei der Überleitung**

- ❖ Dauer des Zuweisungsverfahrens/ Genehmigung  
=> Beantragung der Reha am OP-Tag
- ❖ Überschätzung der Patienten selbst
- ❖ Fehlen von notwendigen medizinischen Unterlagen

**Die primäre Ursache krankenhausesärztlicher Falschinformation ist  
der „DRG-Druck“**

# Unterschiede - Voraussetzungen AHB vs. Geriatrische Reha

AHB	Geriatrische Reha
<ul style="list-style-type: none"><li>• AHB Indikationsgruppen</li><li>• Muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen.</li><li>• Der Patient muss ohne fremde Hilfe essen, sich waschen und auf Stationsebene bewegen können.</li><li>• Akutphase der Behandlung / Wundheilung muss abgeschlossen sein</li><li>• Er muss er „reisefähig“ sein</li><li>• dtl. günstiger als Geriatrische Reha</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter),</li><li>• Akutes Ereignis +</li><li>• geriatrietypische Multimorbidität, wenigstens zwei geriatrische Erkrankungen/Behinderungen ( Schwindel, Sturzgefahr, Depression, Angststörung, Chron. Schmerzen, Inkontinenz.....)</li><li>• Barthel- Index zwischen 45 und 65 / 70 Punkte</li><li>• Vorliegen eines Rehabilitationsbedürftigkeit, einer Rehabilitationsfähigkeit, realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose.</li></ul>

## Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation (AHB)

- Reha-Zugang
- Reha-Nachsorge

Braucht es sektorenübergreifende Prozesse?



**Open Space...**